



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ການກວດສອນ - ໂວດັບບັນຕົ້ນ: 2-4 ອາທິດ

ກວດຫັນຜູ້ປະກອບເຫດຜານ ກວດຫັນສອງຈຸດ	ຊື່ດັກ		ວັນເຕີດ	
	ອາການຜິດ		ຢາທີໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ	
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິຫຼດບັນຫາ/ສຶກກັງວິນ ນັບແຕ່ມາເຖີ່ອສຸກທ້າຍ			
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້ອຍນອນດີ.		ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້ອຍເບື່ງໜ້າຂ້ອຍ.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້ອຍກິນ, ຖຸດດີ.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເວລາໄຫ້, ດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍສາມາດຢຸດເວລາຖືກເວົ້ານຳ ຫລື ອຸ້ນ.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍສາມາດໄດ້ບິນສຽງ.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍກັງວິນທີ່ຂ້ອຍມີອາການເຈົ້າເລື້ອບ່າງ.	
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____
	<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history			Elimination _____
				Sleep _____
				<input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Other _____
Screening: N A Hearing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Vision <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Development <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Behavior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Social/Emotional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Gross Motor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Fine Motor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____				
Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all that apply) <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Sleeping on back <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding/col <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> No bottle in b <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Other: _____				
Physical: N A General appearance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lungs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Head/Fontanelle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eyes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ears <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitalia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nose <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oropharynx <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurological <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Assessment: _____ _____				
Describe abnormal findings: _____ _____ _____				
IMMUNIZATIONS GIVEN				
REFERRALS				
NEXT VISIT: 2 MONTHS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS		

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2-4 weeks)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.  
They are not comprehensive guidelines.

### **Washington Neonatal**

#### **Screens**

- Congenital adrenal hyperplasia (CAH).
- Hemoglobinopathies (Hgb).
- Phenylketonuria (PKU).
- Congenital hypothyroidism (CH).

### **Hearing**

#### **Screen**

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

### **Hepatitis B**

#### **Vaccine**

Dosing schedule:

- First dose at birth or other starting date.
- Second dose at least one month after the first dose.

### **Developmental**

#### **Milestones**

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

Yes      No

- Regards face.
- Lifts head while prone.
- Moves extremities equally.
- Mother responds to infant cues.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined **milestones** by this age. If you have checked "no" on even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



## ການກວດດັກໃຫ້ມີສູຂພາບດີ - ແອນືອຍ: 2-4 ອາທິດ

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS

(ຮັດຕາມຄໍາຊັ້ນນຳ EPSDT)

ວິນທີ

## ການກວດສອບ - ໄວດັກບັນຕົ້ນ: 2-4 ອາທິດ

ກວດຕັ້ງຜູ້ປະກອບເຫຼົອງຈຸກ	ຊື່ດັກ		ວັນທີ	
	ອາການຜິດ		ຢາທີໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ	
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິຫຼດບັນຫາ/ສຶກກັງວິນ ນັບແຕ່ມາເຖີ່ມສຸດທ້າຍ			
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້ອຍນອນດີ. <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້ອຍກິນ, ຖຸດດີ. <input type="checkbox"/> ດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍສາມາດໄດ້ບິນສຽງ.		ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້ອຍບໍ່ເປົ້າໜ້າຂ້ອຍ. <input type="checkbox"/> ເວລາໃຫ້, ດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍສາມາດຢຸດເວລາຖືກວ້ານຳ ຫລື ອຸນ. <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍກັງວິນທີ່ຂ້ອຍມີອາການເຈົ້າເລື້ອຍໆ.	
	ນັ້ນໜັກ KG./OZ ຕໍ່ຮ້ອຍ	ສູງ CM/IN. ຕໍ່ຮ້ອຍ	ຄວາມດັ່ນເລືອດ	ອາຫານ _____
	<input type="checkbox"/> ການທຶນທວນເບື້ງລະບົບ <hr/>		<input type="checkbox"/> ການທຶນທວນເບື້ງປະວັດຄອບຄົວ <hr/>	
	ການກວດ:			
	ການກວດຫຼູ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
	ການກວດຕາ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
ການຕັບໃຕ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		
ການປະຜິດ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		
ອາຣິນທາງສັງຄົມ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		
ການເຫັນຕີງຮ່າງກາຍ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		
ການໃຊ້ສາຍຕາ-ນິ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		
ຮ່າງກາຍ:				
ທັສະນະທົ່ວໄປ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	ໝ້າອິກ	
ຜິວໜັງ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	ປອດ	
ຫົວກະມັບອ່ອນ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	ລະບົບຫົວໃຈກັບຈອນ	
ຕາ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	ຫ້ອງນ້ອຍ	
ໜີ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	ອະໄວບະວະຜົບຜັນ	
ດັງ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	ກະດູກສັນຫລັງ	
ປາກຄໍ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	ຕິນມື	
ສູຂພາບຈິດ	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	ເສັ້ນປະສາດ	
ອະທິບາຍສຶງທີ່ມີບ່ອນວ່າປີກກະຕິ:				
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				
ການສັກປາປ້ອງກັນທີ່ໃຫ້				
ການສຶ່ງຕໍ່				
ມາຟິບເຫຼືອໜ້າ: ອາຍຸ 2 ເດືອນ		ຊື່ຜູ້ປິບປົກສູຂພາບ		
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການປິບປົກສູຂພາບ		ບ່ອນຢູ່ຜູ້ປິບປົກສູຂພາບ		

## ສຸຂພາບດັກຂອງທ່ານເມື່ອໄດ້ 2 ອາທິດ

### ປາກົດການຊີວິດ

ວິທີການຕັບໂຕຂອງດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ  
ລະຫວ່າງອາຍ 2 ອາທິດ ແລະ 2 ເດືອນ.

ເບີ່ງໜ້າທ່ານເວລາທ່ານຊຸ້ມ, ເບີ່ງນໍາທ່ານເວລາທ່ານຍົກຍ້າຍ.  
ສິນໃຈນຳສຽງຂອງທ່ານ.

ສະແດງໃຫ້ຮູ້ວ່າລາວ (ຊາຍ) ໄດ້ຍືນໄດ້ການສະດັບຕື່ນ, ພັບຕາ,  
ຫລື ໄຕ້.

ເໝັ້ງແຂນ, ແລະ 2, ພະຍາຍາມຍົກທົວຂຶ້ນເວລານອນຂ້ວມ.

ບອກໃຫ້ທ່ານວ່າສັງເກີນລາວ (ຍິງ) ຕ້ອງການໄດ້ການກະຟິດກະຟັດ  
ຫລື ຮັງໃຕ້.

ທ່ານສາມາດຊ່ວຍດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່  
ໄດ້ການຫຼັ້ນກັບລາວ (ຍິງ).

### ສຳລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ຂໍ້ມູນເຝີມເຕີມ

ເພື່ອຊອກຫາທ່ານໜີ ຫລື ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ປະກັນໄຟສຸຂພາບ  
ຝຣີ ຫລື ຄ່າຕໍ່ໃຫ້ແກ່ດັກຂອງທ່ານ: ສາຍການສິ່ງຕໍ່ໄປ  
ແລະ ຂໍ້ມູນດັກນີ້ສຸຂພາບສິນບູນ, ແມ່ສິນບູນ,  
1-800-322-2588 (ຍິງ) ຫລື 1-800-833-6388  
(TTY Relay).

ຂໍ້ມູນການລັ້ງດັກດ້ວຍນິມແມ່, ອາຫານ ແລະ ສຸຂພາບ;  
ໂຄງການຜູ້ຍິງ, ດັກນ້ອຍ, ດັກ (WIC), ໃຫ້ໃຫ້ຫາຂໍ້ມູນ  
ແລະ ສາຍສິ່ງຕໍ່ແມ່ສິນບູນ, ດັກນ້ອຍສິນບູນ (ນຳທີ່ຢູ່ທີ່ງນີ້)  
ຄວາມປອດໄພບ່ອນນິ່ງຮົດ: ການຮ່ວມການປັບປຸງດ້ານປອດໄພ,  
1-800-BUCK-L-UP(ຍິງ) ຫລື 1-800-833-6388  
(TTY Relay)

### ຄຳແນະນຳດ້ານສຸຂພາບ

ໃຫ້ຮຽນຮູ້ໄວ້ເວລາດັກນ້ອຍຂອງທ່ານທີ່ວ່າຫານ, ເພື່ອວ່າທ່ານຈະສາ  
ມາດເອົາໃຫ້ລາວ (ຍິງ) ກິນກ່ອນລາວ (ຍິງ) ໄຕ້. ລາວ (ຍິງ) ອາດກະຟິດ  
ກະຟັດ ຫລື ປຶ້ມທົວໄປຫາກ່າຍຂອງທ່ານເວລາທ່ານຊຸ້ມລາວ (ຍິງ).

ນິມແມ່ເປັນອາຫານທີ່ສິນບູນທີ່ສຸດສຳລັບດັກນ້ອຍຢ່າງໜ້ອຍປີທໍາອິດ.  
ສືບຕໍ່ລັງດັກນ້ອຍດ້ວຍນິມແມ່ຕໍ່ໄປຄົນເຕົ້າທີ່ຈະດິນໄດ້.

ຖ້າທ່ານເອົາແກ້ວນິມໃຫ້ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຊຸ້ມລາວ (ຊາຍ)  
ຢູ່ແຂນເວລາກິນນິມ. ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຕ້ອງການເວລາພິເສດ  
ຢູ່ກັບທ່ານ.

ການສັກປາກັນປະຈຸບັນດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຈາກ 12 ພະບາດທີ່ຮ້າຍ  
ແຮງທີ່ສຸດ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໄດ້ສັກປາກັນພະຍາດ  
ຄົບຊຸດຕາມເວລາ.

ຈົງເອົາດັກນ້ອຍຂອງທ່ານອນຫາຍສມີ ເພື່ອຫລຸດຜ່ອນການສ່ຽງ  
ອາການຕາຍຂອງດັກນ້ອຍຢ່າງກະທັນທັນ (SIDS). ຜ້ອມກັນ  
ນັ້ນກໍຫລືເວັ້ນການເອົາແນວວຸ່ນບ່ອນອ່ອນ ຫລື ຂອງຫຼັ້ນຍັດໃສ່ໃສ່  
ນຳຕຽງນອນ.

ເອົາດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໜີໄກຈາກຄົນຜູ້ເປັນຫວັດ ແລະ 2.  
ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຜູ້ຊຸ້ມ ຫລື ຖຸແດດັກນ້ອຍຂອງທ່ານລ້າງມີອງເວົາເຈົ້າ  
ເລື້ອບ່າງ.

### ຄຳແນະນຳການເປັນຝໍ່ແມ່

ເອົາຄວາມເອົາໃຈໃສ່ຂອງທ່ານເປັນຂອງຂວັນໃຫ້ແກ່ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ.  
ໃຊ້ເວລາໃຫ້ເຕັມທີ່ເພື່ອຊຸ້ມລາວ (ຊາຍ), ເບີ່ງຕາຂອງລາວ (ຊາຍ),  
ເວົາຄ່ອຍໆນຳລາວ (ຊາຍ). ລາວ (ຊາຍ) ສາມາດເຫັນ ແລະ ໄດ້ຍືນ  
ທ່ານ. ລາວ (ຊາຍ) ກໍາລັງຮຽນແລ້ວ.

ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຝຶດຝັດ ແລະ ໃຫ້ເພື່ອພະຍາຍາມບອກໃຫ້ທ່ານຮູ້ວ່າ  
ລາວ (ຍິງ) ຕ້ອງການໜັງ. ເຮັດໃຫ້ລາວ (ຍິງ) ສະບາຍເວລາລາວ (ຍິງ)  
ໃຫ້. ການຊ່ວຍຈະບໍ່ເປັນການເອົາໃຈລາວ (ຍິງ) ຈົນຕົກິນຕົວ.

### ຄຳແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ໃຊ້ບ່ອນນິ່ງຮົດຢືນໄປໜ້າງສຳລັບດັກນ້ອຍຂອງທ່ານທຸກເວລາເຊື້ອດ.  
ໃສ່ສາຍຮັດລາວ (ຊາຍ) ໄວເບາະຫລັງ, ໃຫ້ໄກຈາກຖົງອາກາດ.

ປ່າສິ່ນດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ. ການສິ່ນສາມາດພາໃຫ້ເກີດຄວາມເສັງ  
ຫາຍຕໍ່ສົມອງຢ່າງຮ້າຍແຮງທີ່ສຸດ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຜູ້ດຸແດດັກນ້ອຍຂອງ  
ທ່ານຮູ້ສິ່ງນີ້.